

Migrationshintergrund? Plädoyer für eine zeit- gemäße Beachtung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindergesundheit in Deutschland

PD Dr. Michael Knipper

Die Mehrheit der Kinder, die heute als „Migranten“ gelten, ist in Deutschland geboren und aufgewachsen. Gleichzeitig ist die „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ sehr heterogen, die Abgrenzung zu „Nicht-Migranten“ künstlich und keineswegs objektiv. Vor allem aber sind die Herausforderungen, die bei der medizinischen Betreuung von manchen Kindern mit Migrationshintergrund bestehen, oft weder spezifisch noch allein durch Migration die (vermeintliche) Herkunft oder gar „Kultur“ von Kindern und Eltern bedingt. Es ist Zeit für einen Perspektivenwechsel: Vom Fokus auf „Migranten“ zu einer zeitgemäßen Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Versorgung in Deutschland – mit „Migrationshintergrund“ als einem ebenso wichtigen wie anspruchsvollen Teilaspekt.

„MIGRATIONSHINTERGRUND“: ZUR GESCHICHTE EINES POPULÄREN BEGRIFFS

Seit 2005 erhebt das Statistische Bundesamt Daten zur „Bedeutung von Migration für Staat und Gesellschaft in Deutschland“ (Destatis 2012: 5). Mit dem 2006 veröffentlichten Mikrozensus wiesen die Wiesbadener Statistiker erstmals offiziell die seitdem vielfach zitierten Zahlen aus, nach denen etwa 15,3 Millionen Menschen in Deutschland, also knapp 20 % der Bevölkerung, das Kriterium „Migrationshintergrund“ erfüllen (vgl. Destatis 2006). Ein deutlich geringeres öffentliches Echo als die beeindruckenden Zahlen fanden hingegen die dahinter stehenden Vorannahmen, Überlegungen und Entscheidungen. Diese sind allerdings von grundlegender Bedeutung, um die nun regelmäßig veröffentlichten Zahlen überhaupt sinnvoll einordnen und deuten zu können.

Bis 2005 galt allein das Kriterium der Staatsbürgerschaft: Nur Ausländer waren „Migranten“. Mit der neuen Kategorie fielen auch in Deutschland geborene, eingebürgerte oder eingewanderte Deutsche und die Besitzer mehrerer Staatsbürgerschaften in diese Kategorie. Das Statistische Bundesamt begründete die Ausweitung auf diverse Gruppen von Deutschen mit dem „besonderen Integrationsbedarf“ dieser Menschen (Destatis 2006: 73, aktuell: Destatis 2012). Gerade die große Gruppe der Aussiedler aus Osteuropa und Staaten der ehemaligen Sowjetunion war zum Beispiel über die Staatsbürgerschaft nicht zu erfassen. Und Defizite etwa in der Sprachkompetenz von Schulkindern aus Zuwandererfamilien bestehen schließlich unabhängig von der Nationalität. Gleichzeitig weisen die Autoren des Mikrozensus jedoch ausdrücklich darauf hin, dass der nach dieser Definition mit einem Migrationshintergrund identifizierte Bevölkerungsanteil sehr heterogen ist und nicht klar von der Mehrheitsbevölkerung abgegrenzt werden kann. Es handelt sich also um eine artifizielle Kategorie, die zu einem spezifischen Zweck konstruiert wurde: um besser als ausschließlich über die Staatsbürgerschaft „Art und Umfang des Integrationsbedarfs“ (Destatis 2006: 73) erfassen zu können.

Im Gegensatz dazu hat sich auf gesellschaftlicher Ebene allerdings ein Sprachgebrauch etabliert, der eine klare Abgrenzung zwischen „Migranten“ und „Nicht-Migranten“ suggeriert und interne Differenzierungen jenseits fragwürdiger Kriterien wie „Abstammung“ oder „Herkunft“ weitgehend ausblendet. Es wird über „Migranten“ gesprochen, geschrieben und geforscht, als ob es sich um eine als solche real existierende Bevölkerungsgruppe handeln würde. Als ob die Abgrenzung zu „Nicht-Migranten“ objektiv und ohne weitere Erklärungen gültig sei und quasi „selbstverständlich“ auch innere Gemeinsamkeiten unter den „Migranten“ angenommen werden könnten, z. B. „kultureller Art“. Es klingt fast schon nach Resignation, wenn das Statistische Bundesamt 2012 feststellt, dass zwar das „Konzept der ‚Bevölkerung mit Migrationshintergrund‘ ... trotz seiner Sperrigkeit auch im allgemeinen Sprachgebrauch immer öfter verwendet“ wird, der Begriff in der „Mehrheit der Fälle“ aber „vollständig undefiniert“ bleibt (Destatis 2012: 5).

„MIGRATIONSHINTERGRUND“ OHNE MIGRATION?

Weshalb sind diese theoretischen Überlegungen für die Praxis von Bedeutung? Weshalb sollten sich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit diesem Problem befassen? Auch hierzu zunächst ein Blick in die jüngsten Zahlen aus Wiesbaden: Die nach dem Kriterium „Migrationserfahrung“ aufgeschlüsselte Alterspyramide zeigt, dass die weit überwiegende Mehrheit der Kinder „mit Migrationshintergrund“ keine eigene „Migrationserfahrung“ hat (ibid.: S. 15). Sie sind also in Deutschland geboren und aufgewachsen. „Migration“ - im Sinne einer dauerhaften Verlegung des Lebensmittelpunkts in ein anderes Land - ist ihnen fremd. Vor allem Kinder - und indirekt ihre Ärztinnen und Ärzte - sind somit von der zunächst theoretisch klingenden Frage betroffen: Wann ist ein Kind noch „Migrant“, und ab wann gelten Kinder ohne eigene Migrationserfahrung schon als „Nicht-Migranten“? Anders gefragt: Bis zu welcher Generation oder Aufenthaltsdauer in Deutschland sollen soziale, ökonomische und/oder gesundheitliche Probleme unter dem Label „Migration“ betrachtet werden, und ab wann schlicht als soziale, ökonomische und/oder gesundheitliche Fragen im Bezug auf ein individuelles Kind, seine Familie und sein soziales Umfeld? Bis wann macht es Sinn, die Probleme z. B. bei der ärztlichen Betreuung eines Kindes mit ausländischen Eltern, Großeltern oder auch nur einem im Ausland geborenen Elternteil mit einem vermuteten „Integrationsdefizit“ zu identifizieren, mit der (vermeintlichen) „Herkunft“ und/oder der „fremden Kultur“? Zumal ein bedeutender Anteil der in Deutschland lebenden „Menschen mit Migrationshintergrund“ - Kinder, Jugendliche und Erwachsene - bekanntlich keinerlei Anlass für die Annahme von „mangelhafter Integration“ bietet.

WIE WIRD „MIGRATION“ ZU EINER HILFREICHEN KATEGORIE IN DER MEDIZIN?

Im Schatten der Popularität der neuen Begrifflichkeit und der vielfältigen politischen und gesellschaftlichen Aktivitäten und Projekte zum Thema „Integration und Zuwanderung“ sind die Fragen nach den Voraussetzungen, Grenzen, oft impliziten Wertsetzungen und den Defiziten dieser Kategorie erheblich vernachlässigt worden. Dies gilt auch für den Gesundheitsbereich und die Frage nach den „Indikationen“ und „Nebenwirkungen“ der Kategorie „Migrationshintergrund“ auf medizinische Zusammenhänge (vgl. Knipper & Bilgin 2010, Knipper 2011). Wie wird „Migration“ zu einer medizinisch sinnvollen Kategorie? Unter welchen Voraussetzungen kann „Migration“ auf eine für medizinisch relevante Fragestellungen hilfreiche Art und Weise genutzt werden - jenseits holzschnittartiger Unterscheidungen von Migranten und Nicht-Migranten, aber auch ohne die komplexen Migrationshintergründe mancher Patientinnen, Patienten, Familien und Gruppen aufgrund der genannten Schwierigkeiten ganz auszublenden? Aus einer etwas distanzierten, historisch und -ethnologisch orientierten Perspektive, sei hier auf drei zentrale Punkte hingewiesen:

1. Würdigung der Perspektive und vor allem der Selbstwahrnehmung der Betroffenen

Die als Grundlage der aktuellen Statistiken verwendete Definition blendet die Selbstwahrnehmung der Betroffenen vollständig aus. Hier geht es allein um eine trennscharfe, für Studienzwecke geeignete Unterscheidung von zwei Kollektiven: den Bevölkerungsanteilen mit und ohne vermuteten „Integrationsbedarf“. Die soziale Realität in Deutschland kann aber durch abstrakte Kategorien, welche die Selbstidentifikation der Betroffenen unberücksichtigt lässt, nicht adäquat erfasst werden. Denn diese ist - gerade in Migrationsgesellschaften - selten eindeutig oder gar stabil (vgl. Wimmer 2008). Identität kann nicht verordnet werden, sondern sie entsteht in sozialen Beziehungen. Sie entwickelt sich in konstanten Identifikations- und Abgrenzungsprozessen, die in der Kindheit beginnen und sich das Leben über fortsetzen. Für manche Menschen ohne Migration in der eignen Biographie und Familie mag es nur schwer vorstellbar sein, aber gerade für viele Kinder in Deutschland gehören „hybride Identitäten“ heute zum Alltag (Foroutan 2011): Sie verbinden die deutsche mit der Identität des Herkunftslandes oder der Herkunftsländer der Eltern (vgl. Spohn 2006). Mehrsprachigkeit, familiäre und soziale Beziehungen sowie emotionale Bindungen und Lebenspläne, die über nationale oder kontinentale Grenzen hinaus reichen, sind Teil ihrer Normalität. Begriffliche Kategorien und statistische Instrumente dagegen, die auf eindeutigen Zuschreibungen basieren, können dieser Lebenswirklichkeit jedoch nicht ansatzweise gerecht werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kategorie „Migrant“ von Betroffenen nicht selten als stigmatisierend empfunden wird, z. B. da sie das Trennende betont und explizit den Verdacht auf „Integrations-“ und andere Defizite beinhaltet.

2. Explizite Bestimmung der Bedeutung von „Migration“ im konkreten Einzelfall

Sei es im Bezug auf einen individuellen Patienten, eine Familie, eine soziale Gruppe oder auf eine zu Studienzwecken bestimmte Kohorte und/oder Fragestellung: „Migration“ darf keine leere Worthülle bleiben, sondern muss mit konkretem Inhalt gefüllt werden. Leitfrage ist stets: „Wie weit sind die mit dem Faktor ‚Migration‘ assoziierten Phänomene tatsächlich migrationspezifisch - entweder im Hinblick auf einen konkreten Migrationsprozess oder auf die Zugehörigkeit zu einer mit ‚Migration‘ identifizierten sozialen Gruppe?“ (vgl. Schenk & Neuhauser 2005, Knipper & Bilgin 2009).

Gerade im Gesundheitsbereich gilt, dass nicht alle bei Kindern mit Migrationshintergrund bestehenden Herausforderungen auch durch Migration begründet sind oder einen Zusammenhang mit der Herkunft oder dem kulturellen Hintergrund von Kindern und/oder Eltern aufweisen. Ohne weitere Konkretisierung bleiben „Migration“ und „Migrationshintergrund“ diffus, oberflächlich, potentiell stigmatisierend und vor allem jedes Erklärungspotentials schuldig. Wird „Migration“ als relevanter Aspekt identifiziert, muss dies stets der Anfang einer weiter-

gehenden Analyse sein. Denn „Migrationshintergrund“ allein ist keine Antwort! Aber was kann „Migration“ konkret bedeuten? Dazu drei Beispiele:

FALLBEISPIEL 1:

Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Aufgrund erster Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2003 - 2006 (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) wurde 2010 am RKI ein Forschungsprojekt zur „Entwicklung einer Strategie zur Steigerung der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ gestartet (RKI 2011). Dabei zeigte sich, dass Kinder mit Migrationshintergrund insgesamt betrachtet nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. Und so weit die erhobenen Daten eine Aussage zuließen, wurde ferner festgestellt, dass „elterliche Vorbehalte gegenüber Impfungen ... für Kinder mit beiderseitigem Migrationshintergrund seltener angegeben“ wurden „als für Kinder ohne Migrationshintergrund“ (RKI 2011: 436). Eine nach den Kriterien „Migrationserfahrung“ und Aufenthaltsdauer aufgeschlüsselte Analyse zeigte hingegen, dass nicht in Deutschland geborene Kinder mit kurzer Aufenthaltsdauer schlechtere Impfquoten zeigten. Besonderer Handlungsbedarf wurde für neu zugewanderte Kinder und Jugendliche, Asylbewerber und Flüchtlinge identifiziert (RKI 2011).

Das Beispiel der Impfquoten zeigt deutlich die Notwendigkeit einer Spezifizierung: Unter allen Kindern und Jugendlichen „mit Migrationshintergrund“ sind die neu Eingereisten eine Minderheit, die bei „Durchschnittswerten“ unsichtbar wird. Erst die Differenzierung nach Aufenthaltsdauer führt zur Identifikation derjenigen, die tatsächlich einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Gleichzeitig gewinnen die statistischen Zahlen durch Zusatzinformationen Plausibilität und helfen, die Bedeutung spezifischer Aspekte von Migration für medizinisch relevante Fragen besser zu verstehen und Handlungsstrategien zu entwickeln: Bei erst kurzem Aufenthalt in Deutschland sind geringere Sprachkenntnisse und geringeres Wissen um die Struktur und Funktion des deutschen Gesundheitswesens wahrscheinlicher als bei lange in Deutschland lebenden Familien. Bei Asylbewerbern, Flüchtlingen und Papierlosen kommen rechtliche Barrieren und die grundsätzliche Unsicherheit der Eltern und Kinder bezüglich des Lebens und der unklaren Perspektive für einen Aufenthalt in Deutschland hinzu. Angebote zur Steigerung der Impfquote für Kinder mit Migrationshintergrund müssen entsprechend zielgruppenorientiert vorgehen und die reale Lebenssituation der Kinder und ihrer Angehörigen berücksichtigen.

Dies ist im Übrigen auch das wichtigste Charakteristikum eines ethnologischen Zugangs zu Fragen von Medizin, Migration und ethnisch-kultureller Vielfalt: Anstelle abstrakter Verweise auf „Kultur“ und/oder „kulturelle Barrieren“ z. B. gegenüber medizinische Verfahren wie Impfungen gilt es, die konkrete Lebens-

realität und die Problemwahrnehmung der Betroffenen in den Blick zu nehmen (vgl. Kleinman & Benson 2006, Knipper & Bilgin 2009: 22ff). Ebenso wie „Migrationshintergrund“ ist „Kultur“ erst dann eine sinnvolle Kategorie, wenn sie mit konkreten und gut begründeten Inhalten gefüllt wird.

FALLBEISPIEL 2:

10-jähriges libanesisches Mädchen mit unklaren Bauchschmerzen

Ein 10-jähriges Mädchen wurde zur diagnostischen Abklärung von unklaren Bauchschmerzen stationär aufgenommen. Zuletzt seien die Schmerzen so heftig gewesen, dass sie kaum etwas essen und trinken konnte. Die Diagnostik blieb jedoch ohne organischen Befund. Eine Famulantin kommt mit dem Kind und seiner Mutter ins Gespräch: Das Mädchen ist in Deutschland geboren. Die Eltern kamen vor seiner Geburt als politische Flüchtlinge aus dem Libanon nach Deutschland und warten bis heute auf eine definitive Entscheidung über ihren Asylantrag. Die Studentin erfährt von sehr beengtem Wohnraum und jugendlichen Geschwistern, die den Eltern große Sorgen und dem Mädchen unruhige Nächte bereiten. Kein Rückzugsraum, keine Ruhe zum Lernen, Schlafmangel, Angst. Das Mädchen erzählt von den Ermahnungen einer Lehrerin, sich doch bitte anzustrengen und sorgfältiger zu arbeiten. „Dabei weiß ich das eigentlich“. Mitschüler grenzen sie aus: „Du gehörst hier nicht her!“, haben sie mir nachgerufen. Dabei bin ich doch hier geboren«. Die Mutter berichtet – in sehr gutem Deutsch – von der zermürbenden Unsicherheit, von Schuldgefühlen gegenüber den Kindern und großen Sorgen um ihre Zukunft, sowie von der Verzweiflung des Ehemanns, der aus einer angesehenen Familie stammend, Akademiker, die Familie jetzt mit Hilfsarbeiten durchbringen muss. Die Stationsärztin schaltet eine für Fragen im Zusammenhang von Migration und Aufenthaltsrecht kompetente Sozialarbeiterin ein, um mit der Familie eine Strategie zur schrittweisen Verbesserung der Lebenssituation vor allem des Mädchens zu erreichen.

Dieses auf einer realen Geschichte basierende Beispiel zeigt, was „Migration“ für ein Kind – selbst ohne eigene „Migrationserfahrung“ – und seine Familie bedeuten kann. Hier stehen die psychosozialen Belastungsfaktoren des Lebens als Migrant/in im Vordergrund, und die daraus unter Umständen resultierenden psychosomatischen Beschwerden. Aus isoliert betrachteten äußeren Faktoren, wie dem Herkunftsland und der Aufenthaltsdauer, lassen sich die Hintergründe der Beschwerden des Kindes nicht ergründen. Sie liefern jedoch Anhaltspunkte, die durch ein entsprechend ausführliches und von Empathie getragenes Anamnesegespräch mit konkreter Bedeutung versehen werden. Dabei ergeben sich schließlich auch Ansatzpunkte für Handlungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, die allerdings über im engsten Sinne „medizinische“ Verfahren weit hinaus gehen.

Das Beispiel illustriert die entscheidende Bedeutung des „Lebens als Migrant“ im Zielland der Migration (bzw. im Land des aktuellen Aufenthalts), gerade für die psychosoziale Situation der betroffenen Kinder und Erwachsenen. Es zeigt eindringlich, dass auch Kinder ohne eigene Migrationserfahrung durch mit der Migration der Eltern assoziierte Faktoren erheblich belastet sein können. Erklärungen und Ursachen für die Probleme der Kinder finden sich jedoch nicht im Heimatland der Eltern oder dem „Kulturkreis“, aus dem sie „abstammen“, sondern in der für Eltern wie Kinder von Unsicherheit geprägten und dauerhaft belastenden Lebensrealität in Deutschland. Entscheidend sind die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie Erfahrungen von Ausgrenzung, Ablehnung und Abhängigkeit.

FALLBEISPIEL 3:

Eklat in der Sprechstunde

Ein 8-jähriger Junge mit bekannter globaler Entwicklungsstörung wird von seinen aus der Ukraine stammenden Eltern in der kinderärztlichen Praxis vorgestellt. Der Junge besucht eine Förderschule und befindet sich bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung. Die aktuelle Vorstellung erfolgt auf Initiative der Schule, da der Junge zunehmend durch aggressives Verhalten gegenüber Mitschülern aufgefallen war. Eine Sozialarbeiterin hatte den Kinderarzt bereits im Vorfeld in resignierendem Ton von erheblichen Problemen bei der Zusammenarbeit mit der Familie berichtet. Neben sprachlich begründeten Verständigungsproblemen beklagte sie fehlendes Problembewusstsein auf Seiten der Eltern.

In der Praxis berichtete die Mutter dem Kinderarzt, dass sie und ihr Mann mit der Situation überfordert seien. Sie bittet um eine erneute Überweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus der Klinik liegt dem Kinderarzt jedoch die Empfehlung vor, den Jungen in einem geeigneten Internat unterzubringen, um dort eine intensive Förderung und Betreuung zu gewährleisten. Als der Kinderarzt dies den Eltern mitteilt, kommt es zum Eklat: Die Mutter versteht die Empfehlung des Kinderarztes offenbar nur bruchstückhaft und reagiert wütend. Aufgrund der schwierigen Kommunikation wird eine Sprechstundenhilfe mit russischen Sprachkenntnissen hinzugerufen, die aufgrund des Zeitdrucks im Praxisablauf jedoch nur kurz anwesend und damit nicht wesentlich zur Klärung der Situation beitragen kann. Sie kann allein den Kompromissvorschlag des Arztes übersetzen, einen neuen Termin mit mehr Zeit und in Anwesenheit der Sozialarbeiterin und eines Übersetzers auszumachen. Außerdem schnappt sie eine Bemerkung der Mutter auf, dass sie sich unter Druck gesetzt fühle. Der vereinbarte Termin wird von der Familie schließlich nicht wahrgenommen. Die Familie zieht sich zurück.

Das dritte Beispiel zeigt einen Eklat in der Kinderarztpraxis, wie er so oder ähnlich nicht selten geschildert wird. Anspruch auf „Repräsentativität“ wird mit dieser auf einer realen Bege-

benheit beruhenden Kasuistik selbstverständlich nicht erhoben. Sie macht jedoch einen sehr grundlegenden Punkt deutlich: Im kinderärztlichen Alltag wird „Migration“ oft durch sehr komplexe Konstellationen sichtbar, wobei derartigen Problem- und Konfliktfällen häufig eine längere Geschichte von Missverständnissen und Kommunikationsmängeln sowie enttäuschten Erwartungen und Ängsten voraus gehen, die am Ende eskalieren.

Ein Punkt sind die offensichtlich mangelhaften deutschen Sprachkenntnisse der Eltern, über die ein moralisches Urteil ohne Kenntnis der sozialen und biographischen Hintergründe jedoch unangebracht ist. Zudem fallen frappierende Kommunikationsmängel zwischen den institutionell beteiligten Akteuren auf: Klinik, Sozialdienst, Schule und Kinderarztpraxis. Weshalb wird die Familie mit diesem Problem in der „normalen“ Sprechstunde vorstellig, ohne Abstimmung, vorbereitendem Informationsaustausch, Einbindung der Sozialarbeiterin und, bei den offenbar bekannten Sprachproblemen, eines geeigneten Dolmetschers? Wie soll dieses für das Kind und seine Eltern entscheidende Gespräch im Rhythmus der regulären Sprechstunde stattfinden, in einem Zeitfenster von 5–7 Minuten? Hier sind Frustrationen und die schließlich fatale Eskalation vorprogrammiert. Es stellt sich die Frage, ob hier strukturelle Defizite vorliegen und nicht eine bessere Kommunikation und Absprache zwischen den professionell beteiligten Akteuren möglich und hilfreich gewesen wäre. Haben außerdem alle in Erfüllung ihrer beruflichen Verpflichtungen mit dieser Familie betrauten Akteure ihre individuellen Handlungsspielräume ausgeschöpft?

In diesem Beispiel bedeutet „Migration“ ein Übermaß an sozialer Komplexität für die „normale“ kinderärztliche Sprechstunde und den Praxisablauf, gepaart mit vielfältigen Kommunikationsmängeln. Die sprachlichen Defizite auf Seite der Eltern sind dabei nur ein Aspekt unter vielen, zumal Russisch heute in Deutschland keine wirklich seltene Sprache mehr ist. Komplexe soziale Konstellationen mit Kommunikationsmängeln, Missverständnissen und Konfliktpotential zwischen Eltern, Betreuungseinrichtungen und Kinderärztinnen und -ärzten sind jedoch weder spezifisch noch exklusiv für „Migranten“. Im Hintergrund steht - bei „Migranten“ wie „Nicht-Migranten“ - ein aus der Geschichte wohl bekannter Zusammenhang, allerdings in vielfältigen und teils durch die historische Situation am Beginn des 21. Jahrhunderts veränderten Erscheinungsformen: Der Zusammenhang zwischen Krankheit, Gesundheitsversorgung und sozialen Faktoren, einschließlich soziokultureller Diversität.

MIGRATION UND DIE SOZIOKULTURELLEN HINTERGRÜNDE VON KINDERGESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

Kinder und Jugendliche mit ausländischen Wurzeln, aus sozial schwächeren Familien, aus benachteiligten und teilweise stigmatisierten sozialen Gruppen oder Quartieren gehörten in deutschen Arztpraxen und Kliniken bereits zum Alltag, als

Begriffe wie „Migrationshintergrund“ und „Integration“ noch unbekannt waren. Sozioökonomische und soziokulturelle Vielfalt sind weder neue noch vorübergehende Phänomene in Deutschland, und sie werden im Zuge von Globalisierung und europäischer Integration weiter an Bedeutung zunehmen. Diversität - im Sinne einer wachsenden Vielfalt und Dynamik von soziokulturellen Milieus, Lebenswelten, familiären Strukturen und Lebensgeschichten - gehört zur gesellschaftlichen Realität in Deutschland.

Migration und Defizite bei der „Integration“ von manchen Menschen mit ausländischen Wurzeln sind nur Teilaspekte einer wesentlich umfassenderen Thematik. Für den Gesundheitsbereich kommt hinzu, dass der aktuelle Fokus auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund die Diskussion um soziokulturelle Vielfalt in eine Richtung lenkt, die für medizinische und die Gesundheitsversorgung betreffende Fragen nicht unbedingt hilfreich ist. Zu leicht verengt sich der Blick auf die (vermuteten) Integrationsdefizite, mangelhaften Sprachkenntnisse, Wissenslücken oder gar die „Kultur“ der „Migranten“. Zu leicht geraten die strukturellen Voraussetzungen zum Beispiel für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation aus dem Blick. Dasselbe gilt für die reale und oft sehr komplexe - für Außenstehende fremde - Lebenswelt der Kinder und ihrer Angehörigen, sowie für subjektive Erklärungsmodelle von Krankheit, Gesundheit und Heilung jenseits kultureller Stereotypen. All diese Punkte sind außerdem - in individuell unterschiedlichem Ausmaß - für Kinder, Jugendliche und Familien mit und ohne Migrationshintergrund relevant, werden in einer zunehmend enger getakteten und auf organische Befunde fokussierten Medizin aber tendenziell ausgeblendet.

Wenn Anamnesen zu Checklisten werden, wie der Harvard-Psychiater Antonio Bullon kürzlich schrieb (vgl. Bullon et al. 2011), bleibt nur noch wenig Raum für die individuellen sozialen und kulturellen Dimensionen von Krankheit und ärztlicher Versorgung.

Die im Endeffekt entscheidende Frage ist, ob unser Gesundheitssystem in der Lage ist, eine adäquate medizinische Versorgung in einer von zunehmender soziokultureller und ökonomischer Diversität gekennzeichneten Gesellschaft zu gewährleisten. Es geht nicht um „Migranten“ und nicht um „Integration“, sondern um „Equity“: Es geht um Gerechtigkeit und Chancengleichheit, um das völkerrechtlich begründete „Recht auf Gesundheit“ im Sinne eines diskriminierungsfreien Zugangs zu Gesundheitsversorgung gerade auch für Angehörige sozialer Randgruppen, Flüchtlinge und Minderheiten (UN 2000). Es geht zum Beispiel um das Recht von Kindern und Jugendlichen auf medizinische Betreuung unabhängig von der Herkunft, dem sozialen Status, den deutschen Sprachkenntnissen und/oder dem „Integrationsgrad“ der Eltern. Und um die Pflicht von Leistungserbringern und politisch Verantwortlichen, dies zu gewährleisten. Aber wie weit ist es heute möglich, Patienten und ihren Familien die notwendige Zeit und ungeteilte Aufmerksamkeit zu widmen? Wie steht es um die strukturellen und institutionellen Voraussetzungen für adäquate Kommunikation, einschließlich der Nutzung von Dolmetschern? Welche Bewertung der sozialen, kommunikativen

und kulturellen Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und medizinischen Fachangestellten reflektieren die aktuellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen? Welche Priorität, welcher Raum und welche Ressourcen werden diesen Aspekten von Medizin und ärztlichem Handeln real zugestanden? Hier sind alle Beteiligten gefordert, ihre Handlungsspielräume zu nutzen - nicht allein in Praxis und Klinik, sondern ganz besonders aufseiten der für die Struktur und die Funktionsweise des Gesundheitssystems verantwortlichen Instanzen, von Berufsverbänden über Kassenärztliche Vereinigungen und Kostenträgern bis in die Politik.

■ Herr PD Dr. med. Michael Knipper
Institut für Geschichte in der Medizin
Justus-Liebig-Universität
Theringstraße 6, 35392 Gießen
michael.knipper@histor.med.uni-giessen.de

Literatur:

- Bullon, A., DelVecchio Good M.J., Carpenter-Song E. (2011): The Paper Life of Minority and Low-Income Patient Care. In: M. DelVecchio Good, S. Willen, S. Hannah, K. Vickery, L. Park (Hg.): Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity. New York: Russell Sage Foundation, S. 200-216
- Destatis (2006) Leben in Deutschland. Haushalte, Familie und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis (2012) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Foroutan, N. (2011) Hybridität als Gleichzeitigkeit von Differenz? Überlegungen zu Identitätsmodellen zwischen Abgrenzung, Akkulturation und Assimilation. In: David, M. und T. Borde (Hg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Frankfurt/Main: Mabuse: 39 - 45
- Kleinman, A., Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competence and How to Fix it. PLoS Med 3(10):e294.
- Knipper, M., Bilgin Y (2009): Migration und Gesundheit. St. Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. und Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V.
- Knipper, M., Bilgin Y. (2010): Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt - Migration und andere Hintergründe. Deutsches Ärzteblatt 107 (3): A 76-9.
- RKI (2011): Epidemiologisches Bulletin 48/2011. Robert-Koch-Institut Berlin.
- Schenk, L., Neuhauser H. (2005): Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 48 (3): 279-286.
- Spohn, C. (Hg.) (2006): Zweihemisch. Bikulturell leben in Deutschland. Hamburg: Edition Kröber Stiftung.
- Wimmer, A. (2008): Ethnische Grenzbeziehungen in der Immigrationsgesellschaft. Jenseits des Herderschen Commonsense. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie & Sozialpsychologie, 48: 57-80.
- UN (2000): United Nations: The right to the highest attainable standard of health. General Comment No 14. Geneva: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000

Danksagung

Der Autor dankt den Studierenden und Kolleg/innen Lisa Mack, Inessa Markus, Dr. Christoffer Krug und Laura Strauß für wertvolle Kommentare, Anregungen und vor allem für die Fallgeschichten Nr. 2 und 3.

Impressum

Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie/BVKJ-Schwerpunktthema 2013

ISBN 978-3-9816001-0-0

1. Auflage Juni 2013

Herausgeber:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
www.kinderaerzte-im-netz.de

Koordination:

Christel Schierbaum, Geschäftsführerin des BVKJ e. V.
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, christel.schierbaum@uminfo.de

Chefredaktion:

Dr. Nikolaus Weissenrieder
Saarstraße 7, 80797 München
nikolaus.weissenrieder@uminfo.de

Gestaltung:

FAI Healthcare GmbH, Agrippinawerft 22, 50678 Köln,
info@fai-healthcare.de

Druck:

Max Schmidt-Römhild KG, Mengstr. 16, 23552 Lübeck,
www.schmidt-roemhild.de

Bildnachweis:

Titelseite: Fotolia; S. 6: Prof. Dr. Maria Böhmer

Inhalt

<i>Prof. Dr. Maria Böhmer</i> Grußwort _____	6
Einleitung _____	8
<i>Dr. Ute Ellert, Dr. Thomas Ziese</i> Wie geht es Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland? Ausgewählte Ergebnisse der KiGGS-Studie _____	9
<i>Dr. Lale Akgün</i> Perspektiven der Integration bei Kindern und Jugendlichen _____	14
<i>Ilona Renner</i> Sexualität und Migration _____	18
<i>Dr. Nikolaus Weissenrieder</i> Jugendsexualität 2010, eine repräsentative Wiederholungs- befragung der BZgA von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern mit Schwerpunkt Migration – Was ist in der Praxis des Jugendarztes relevant? _____	26
<i>Dr. Ursula Kleine-Diepenbruck, Birgit Bröker</i> Die ganze Welt im Sprechzimmer – Migranten in der Kinder- und Jugendarztpraxis _____	32
<i>Dr. Emy Koen</i> Was tun, wenn die Schwiegermutter einen „Gehfrei“ schenkt? _____	38
<i>Dr. Eva M. Kalbheim</i> Mehrsprachige Erziehung – Große Chancen für kleine Weltbürger _____	42

<i>Prof. Annette Fox-Boyer, Dipl.-Patholog. Saskia Konopatsch</i> Mehrsprachigkeit in der Logopädie: Sprachentwicklungsstörung (SES) versus mangelnde Zweitsprachkompetenz	45
<i>Prof. Dr. Renate Schepker</i> Kultureinflüsse auf psychosomatische/psychiatrische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund	49
<i>Dr. Christa Kitz</i> Transkulturelle Pädiatrie – Gesund aufwachsen für alle?	52
<i>Prof. Dr. Harald Bode</i> Sucht und Gewalt bei Migranten	58
<i>Dr. Thorsten Langer</i> Kultursensitive Arzt-Patienten-Kommunikation	61
<i>PD Dr. Michael Knipper</i> Migrationshintergrund? Plädoyer für eine zeitgemäße Beachtung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindergesundheit in Deutschland	65
<i>Dr. Gabriele Trost-Brinkhues</i> Rechtliche Voraussetzung und Gesetze – Was ist in der Praxis relevant?	70